

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: บทบาทพยาบาลในการป้องกัน

พัชณี ฤกษ์ใหญ่¹จรินทร์ โคตพรม²

บทคัดย่อ

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ การฟื้นตัวของผู้ป่วย ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะปอดอักเสบ เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรหลักที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันจนถึงระยะฟื้นฟู จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

บทความนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลในระยะแรกรับจนถึงการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลักและการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การคัดกรองภาวะกลืนลำบากและการประเมินความสามารถในการกลืน 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันเกิดปอดอักเสบ 4) การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดูแลป้องกันปอดอักเสบต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแนวทางการดูแลนี้ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การป้องกัน, บทบาทพยาบาล

วันที่รับบทความ

6 มิถุนายน 2566

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

25 มิถุนายน 2566

วันที่ตอบรับบทความ

27 มิถุนายน 2566

¹โรงพยาบาลมุกดาหาร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: phatchanee.r@gmail.com โทร. 091-0609686

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

Stroke-Associated Pneumonia: Role of Nurses in Its Prevention

Phatchanee Ruekyai¹

Jarintorn Koteprom²

Abstract

Stroke-associated pneumonia is a frequent complication among stroke patients and adversely affects health conditions, rehabilitation, healthcare cost and length of stay. Since the stroke-associated pneumonia rate serves as a quality-of-care indicator, this type of pneumonia is a preventable complication. Nurses play a central role in providing care management for stroke patients recovering from the acute to the recovery stages. Thus, nurses should have an adequate knowledge and understanding of stroke-associated pneumonia prevention in providing effective nursing care.

The purpose of this article is to enhance the current state of knowledge and understanding pertaining to the roles of nurses in stroke-associated pneumonia prevention. From the early stages of hospitalization to their continuation of care, their work consists of these four elements: 1) evaluating the risk of aspiration and stroke-associated pneumonia, 2) dysphagia screening test and swallowing assessments, 3) nursing care for stroke-associated pneumonia prevention and 4) preparation of the stroke caregivers for their work in preventive care against pneumonia from hospital to home. This paper thus serves as a guide for nurses or health-care providers which they can apply to individual care in suitable situations in order to improve the existing quality of care for stroke patients.

Keywords: Stroke-Associated Pneumonia, Role of Nurses, Prevention

Received
6 June 2566

Revised
25 June 2566

Accepted
27 June 2566

¹Mukdahan Hospital, Corresponding author, e-mail: phatchanee.r@gmail.com Tel. 091-0609686

²Boromarajonani college of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่คุกคามภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก ในปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 101 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ 1 รายในทุก 3 วินาที¹ สำหรับในประเทศไทยแต่ละปี มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 300,000 คน เสียชีวิตมากกว่าปีละ 30,000 คน² ผู้ที่รอดชีวิตยังได้รับผลกระทบจากภาวะสมองขาดเลือดส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหลายระบบ โดยเฉพาะความบกพร่องด้านการเคี้ยวและกลืน ส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เป็นสาเหตุของหนึ่งการเสียชีวิต คือ ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Associated Pneumonia)³⁻⁷

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Associated Pneumonia) เป็นการติดเชื้อในปอดที่เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองพบอุบัติการณ์ตั้งแต้อยู่ 9.6 ถึง 66.4⁶⁻¹¹ แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับและภาวะสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย โดยพบภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 44.3⁸ ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารพบร้อยละ 49.2⁹ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจพบสูงถึงร้อยละ 66.4¹⁰ สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 610,668 ราย พบการเกิดภาวะปอดอักเสบจำนวน 58,586 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.6¹¹ ช่วงเวลาที่พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบสูงคือสัปดาห์แรกหลังเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอาการแสดงของภาวะปอดอักเสบมากที่สุดในช่วง 3 วันหลังเข้ารับการรักษา¹² ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยมักมีการพยากรณ์โรคไม่ดี ต้องได้รับการรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การฟื้นตัวช้าลง ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มโอกาสการติดเชื้อดื้อยา เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่นๆ และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น¹¹⁻¹³

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิดทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลและการประสานทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปลอดภัยจากภาวะปอดอักเสบ ผู้เขียนในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการ จากงานวิจัยผสานกับองค์ความรู้ที่จากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สู่การนำเสนอในบทความวิชาการ “ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: บทบาทพยาบาลในการป้องกัน” เพื่ออธิบายปัจจัยเสี่ยง แนวทางการประเมิน และการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งหวังให้เกิดการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุสำคัญจากภาวะกลืนลำบาก ร่วมกับปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และการรักษาที่ได้รับในขณะที่เจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบ โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปัจจัยด้านความสามารถในการกลืน

ภาวะกลืนลำบากเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 47–76³ เป็นผลจากภาวะสมองขาดเลือดทำให้ระบบประสาทในการควบคุมการเคี้ยวและกลืนสูญเสียหน้าที่ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืนอ่อนแรง เคี้ยวอาหารไม่ได้ รีเฟลกส์การกลืนช้าลง มีเศษอาหารค้างปาก และฝาปิดกล่องเสียงปิดไม่สนิท จึงทำให้มีน้ำลาย น้ำและ

เศษอาหารตกลงไปในทางเดินหายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและสำลักเอาน้ำ น้ำลายและเศษอาหารลงไปในปอด จนทำให้เกิดการติดเชื้อในปอดตามมา³⁻⁸ ดังนั้นพยาบาลต้องตระหนักถึงการคัดกรองภาวะกลืนลำบากที่รวดเร็ว การป้องกันการสำลัก และการฟื้นฟูการกลืน เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยด้านอายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี^{6,8} เกิดปอดอักเสบสูงถึงร้อยละ 44.3⁸ และมีโอกาสเกิดมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า 60 ถึง 1.7 เท่า⁸ เนื่องจากเป็นวัยที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกลืนและการหายใจลดลงและกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือมีโรคร่วมอยู่ก่อนเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดปอดอักเสบได้

3. ปัจจัยด้านโรคร่วม ผู้ป่วยที่มีการเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วม^{6-7,14-15} ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 2.5 เท่า⁷ โรคหัวใจ 1.37 เท่า¹⁵ โรคเบาหวาน มีความเสี่ยง 2.35 เท่า¹⁵ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยง 4.48 เท่า¹⁵ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจมีความเกี่ยวข้องกับการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองลดลงจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการสำลัก โรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องการทำงานของภูมิคุ้มกันลดลง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจน การไอและการขับเสมหะลดลง ดังนั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมดังกล่าว พยาบาลควรมีการติดตามประเมินและเฝ้าระวังการเกิดปอดอักเสบอย่างใกล้ชิด เพื่อนำไปสู่การจัดการพยาบาลที่เหมาะสม

4. ปัจจัยด้านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

- ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Previous stroke) หรือสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) มีความเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะปอดอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติ^{6-7,14} เนื่องจากภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวอาจทำให้เกิดรอยโรคในสมองที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดพยาธิสภาพและมีอาการทางระบบประสาทที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติภาวะสมองขาดเลือด

- ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน^{6-7,14} (Ischemic Stroke) ถึง 1.7 เท่า¹⁴ เนื่องจากเลือดออกในสมองทำให้เนื้อเยื่อสมองบาดเจ็บมากกว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางระบบประสาทที่รุนแรง และการฟื้นตัวช้า จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการสำลักและปอดอักเสบมากกว่า

5. ระดับคะแนน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน NIHSS สูงมากกว่า 12 คะแนน มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบสูงถึง 1.07 เท่า¹⁵ เนื่องจาก NIHSS เป็นคะแนนบ่งชี้ความรุนแรงของความบกพร่องทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

6. การจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่ว่าจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเองหรือการตรวจรักษาต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวชั่วระยะเวลาหนึ่ง^{7,10} ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง เกิดการคั่งค้างของเสมหะและสารคัดหลั่งในถุงลมปอดจนเกิดการติดเชื้อในปอด ดังนั้นในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ Brathel ADL index ต่ำกว่า 5 คะแนน ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะปอดอักเสบ

7. ความสะอาดของช่องปาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสุขอนามัยของช่องปากไม่ดี มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบสูง⁶ เนื่องจากช่องปากเป็นแหล่งสะสมของเชื้อจุลินทรีย์หลายชนิดที่มีโอกาสสำลักลงสู่ปอด ดังนั้น พยาบาลควรดูแลประเมินสภาพและดูแลความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยส่งเสริม

8. การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบการเกิดภาวะปอดอักเสบถึงร้อยละ 66.4¹⁰ และมีโอกาสเสี่ยงมากถึง 4.65 เท่า¹⁵ ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานจึงมีโอกาเสี่ยงสูงต่อการเกิดปอดอักเสบ ดังนั้นการดูแลทางเดินหายใจ การดูดเสมหะและส่งเสริมการหยาเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด จึงเป็นบทบาทสำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดปอดอักเสบ

9.การเจาะคอ (Tracheostomy) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากถึง 2.24 เท่า⁷ เนื่องจาก การเจาะคอทำให้ไม่มีกลไกการป้องกันเชื้อทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น ดังนั้นต้องเฝ้าระวังการได้รับเชื้อหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ทางเดินหายใจ

10.การใส่สายยางให้อาหาร ภาวะแทรกซ้อนขณะใส่สายให้อาหาร การให้อาหารทางสายยาง การใส่สายยางเป็นเวลานาน การเลื่อนหลุดของสายยาง และผู้ป่วยดึงสายอาหารออกเอง⁷ ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการสำลักและปอดอักเสบ โดยพบการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับอาหารทางสายยางสูงถึง ร้อยละ 49.2⁹ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบถึง 5.29 เท่าของผู้ที่กินอาหารทางปาก¹⁵ เนื่องจากการใส่สายยางให้อาหารจะทำให้กลืนเนื้อหูดกระเพาะอาหารทำงานได้ลดลง เกิดการขย้อนและสำลักอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการให้อาหารที่เร็วเกินไปยิ่งกระตุ้นให้เกิดการสำลักได้มากขึ้น ดังนั้น พยาบาลติดตามประเมินตำแหน่งของสายยาง และการให้อาหารทางสายยางอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในปอด

จากการทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นถึงบทบาทอิสระของพยาบาลในการประเมินและให้การพยาบาลป้องกันปอดอักเสบ โดยการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพเช่น การส่งเสริมการกลืน การป้องกันการสำลัก การดูแล

ทางเดินหายใจและการหยาเครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยางที่เหมาะสม การดูแลความสะอาดในช่องปาก และการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนและการหายใจ

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันปอดอักเสบเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลปฏิบัติได้ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ ดูแลควบคู่กับการรักษาตามมาตรฐานที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้เขียนจึงสรุปบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลในระหว่างที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล จนถึงเตรียมผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อที่บ้าน ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลักและการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และการประเมินความสามารถในการกลืน 3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันเกิดปอดอักเสบ 4) การเตรียมความพร้อมญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันปอดอักเสบต่อเมื่อที่บ้าน โดยมีรายละเอียดการพยาบาลดังนี้

1.การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลักและการเกิดปอดอักเสบ เป็นสัญญาณเตือน (Trigger) ให้พยาบาลเกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะปอดอักเสบ^{12,16} ดังนั้นพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในความดูแล ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ที่อายุเกิน 60 ปี 2) โรครวมทั้งโรคที่ได้รับวินิจฉัยก่อนและพบระหว่างการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) ประวัติการบาดเจ็บที่สมอง หรือเคยมีภาวะสมองขาดเลือดแบบชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) 4) โรคหลอดเลือดในสมองแตก การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) น้อยกว่า12 คะแนนและระดับความบกพร่อง

ทางระบบประสาท (NIHSS) สูงกว่า 12 คะแนน
5) ความสามารถในการเคลื่อนไหว Brathel index ต่ำกว่า 5 คะแนน การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ 6) การใส่สายยางให้อาหารทั้งในด้านจำนวนครั้งที่ใส่ ระยะเวลาที่ใส่ การเลื่อนหลอดหรือการดึงของผู้ป่วย 7) การเจาะคอ 8) ภาวะกลืนลำบาก

2.การคัดกรองภาวะกลืนลำบากและการประเมินความสามารถในการกลืน¹⁶⁻¹⁸

การคัดกรองภาวะกลืนลำบากเพื่อค้นหาความเสี่ยงภาวะปอดอักเสบในระยะแรก (Early detection) เป็นกุญแจนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ จุดเน้นสำคัญคือพยาบาลต้องเป็นผู้นำและเริ่มทำในทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล และควรมีการติดตามประเมินทุกวันเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะปอดอักเสบ ประกอบด้วยการประเมินที่สำคัญใน 3 ส่วนคือ

1) **ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะกลืนลำบาก** ได้แก่ พูดไม่ชัด อาการจุกหรือมีความรู้สึกว่ามีก้อนติดอยู่ในคอขณะกลืน (globus sensation) มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปาก กลืนอาหารช้ามากกว่า 2 วินาทีหรือกลืนอาหารลำบากหรือเจ็บขณะกลืน สูญเสีย gag reflex เสียงเปลี่ยนหลังกลืน ไอผิปกติ ไอขณะหรือหลังกลืน เสียงแหบ อาการเหนื่อยและหายใจเร็ว หากพบความผิดปกติอย่างน้อย 2 อย่าง แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมีโอกาสเกิดการสำลักสูง^{16,17}

2) **การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก (Standardised Dysphagia Assessment:SSA)** เป็นการประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนทดสอบการกลืน โดยอาการคลินิกที่ต้องประเมินประกอบด้วย
1) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและทำตามคำสั่งได้ และคะแนน Glasgow Coma Scale มากกว่า 13 คะแนน
2) ควบคุมศีรษะนั่งในท่าตรงได้ โดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งหัวสูง 75-90 องศา คอตั้งตรง ผู้ป่วยจะต้องสามารถนั่งทรงตัวได้ดี และนั่งได้ไม่ต่ำกว่า 30 นาที 3) ไอตามที่

บอกได้โดยสั่งให้ผู้ป่วยไอ เพื่อประเมินการขับเสมหะและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ
4) ควบคุมการกลืนน้ำลายได้ โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายตามคำสั่ง 5) ขณะกลืนผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของลูกกระเดือก 6) ควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้นได้ โดยให้ผู้ป่วยแลบลิ้น และเคลื่อนไหวลิ้นตามคำสั่ง เช่น ยกลิ้นขึ้นลง ซ้าย ขวา เลี้ยวริมฝีปาก 7) หายใจได้เอง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ 8) ไม่มีเสียงแหบหรือเสียงน้ำในลำคอ 9) มีแรงต้านของขากรรไกร หากผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้ง 9 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะกลืนลำบากและมีความพร้อมต่อการทดสอบการกลืน แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่ผ่านในข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก ยังไม่พร้อมต่อการทดสอบการกลืนน้ำ ต้องงดให้อาหารและน้ำทางปาก และรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) ในการฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน (Oromotor Exercise and Stimulation)^{16,17,18}

3) **การประเมินความสามารถในการกลืน**
การตรวจประเมินภาวะกลืนลำบากที่ถือเป็นมาตรฐาน (gold standard) มี 2วิธี ได้แก่ videofluoroscopy (VFS) และ fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) แต่มีข้อจำกัดคือ ต้องเป็นการตรวจโดยแพทย์และทีมเฉพาะทางในการตรวจ ดังนั้น ประเมินความสามารถในการกลืนด้วยน้ำหรืออาหารเหลวจึงเป็นวิธีประเมินการกลืนที่สามารถทำได้โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกทักษะในการประเมินอย่างถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานและปลอดภัย ซึ่งจุดเน้นสำคัญคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการคัดกรองภาวะกลืนลำบากและประเมินความสามารถในการกลืนของโดยเร็ว (early swallowing assessment) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก^{3,15,16,17} สำหรับเครื่องมือในการประเมินการกลืนที่มีความน่าเชื่อถือมีหลากหลายและคล้ายคลึงกันสามารถเลือกประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสมของบริบท ซึ่งมีหลักการปฏิบัติที่สำคัญคือ^{17,18} 1) ผู้ป่วย

ต้องผ่านการคัดกรองภาวะกลืนลำบาก 2) ระหว่างการทดสอบต้องจัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 3) ให้ผู้ป่วยทดลองจิบน้ำครั้งละ 1 ช้อนชา (5 ซีซี) จำนวน 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 5 นาที 3) สังเกตอาการผิดปกติหลังจิบน้ำแต่ละครั้ง ได้แก่ น้ำไหลจากมุมปาก ล้าลัก ไอระหว่างกลืนหรือหลังกลืน มีเสียงน้ำในลำคอ เสียงแหบ เหนื่อย และหายใจเร็ว หากมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งให้หยุดทำการทดสอบทันที ดูแลให้ดื่มน้ำตามอาหารทางปาก ส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดเพื่อฝึกกลืน 4) จิบน้ำครบ 3 ครั้ง ไม่พบอาการผิดปกติให้ดื่มน้ำ 50 ซีซี หากดื่มได้ ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้โดยระหว่างรับประทานอาหารทางปากต้องเฝ้าระวังอาการล้าลักเสมอ 5) คำแนะนำที่สำคัญคือ ห้ามให้อาหารรวมถึงยารับประทานทางปาก จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการกลืนว่าสามารถกลืนได้อย่างปลอดภัย และสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการกลืนควรได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารตั้งแต่วินาทีแรก 6) พยาบาลต้องมีการติดตามประเมินการกลืนอย่างต่อเนื่อง แม้จะสามารถให้น้ำและอาหารทางปากได้ หรืออยู่ระหว่างการให้อาหารทางสายยาง แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทจากพยาธิสภาพของโรคจึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะกลืนลำบากและล้าลักได้

3. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จุดเน้นสำคัญคือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบ เป็นกิจกรรมที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้น พยาบาลต้องส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งพยาบาลสามารถสอดแทรกความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย

3.1) ประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิดปอดอักเสบ^{4-5,16} ได้แก่ 1) มีไข้สูงมากกว่า 38 อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส 2) มีอาการไอและมีเสมหะสีคล้ายหนองหรือสีเปลี่ยนไป 3) มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจเร็วกว่า 24 ครั้งต่อนาที 4) ค่าเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ต่ำกว่า 95 % 5) Chest X-ray พบฝ้าในปอด (infiltration) 6) เม็ดเลือดขาวในเลือด (White blood cell) มากกว่า 12,000 หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยพยาบาลต้องติดตามอาการในทุกเวรจนกว่าจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน หากตรวจพบอาการผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งควรรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเร็ว และส่งเสริมให้ผู้ดูแลสังเกตอาการแสดงของภาวะติดเชื้อและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

3.2 ดูแลความสะดวกสบายในช่องปาก

¹⁶⁻²⁰

เพื่อลดการสะสมของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบและการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดี สะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ดังนั้น พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการดูแลความสะดวกสบายช่องปาก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลให้แปรงฟันอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง หรือหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ กระตุ้นบ้วนปากทุก 2 – 4 ชั่วโมง 2) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการแปรงฟันและทำความสะอาดลิ้น เพดานปาก และกระพุ้งแก้ม ใช้น้ำยาบ้วนปากทุกครั้งหลังมีอาหาร 3) กรณีที่ผู้ป่วยบ้วนปากเองไม่ได้ หรือใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลต้องทำ mouth care ทุกครั้งก่อนให้อาหารและต้องดูดน้ำ เสมหะ และน้ำลายออกจากปากและช่องคอให้หมด 4) กรณีที่มีแผลในปากหรือไม่มีฟัน ใช้ไม้พันสำลีชุบ 0.9% เช็ดทำความสะอาดเหงือก ลิ้น และกระพุ้งแก้มแทนการแปรงฟัน 5) ในการทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยทุกครั้งควรให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อฝึกทักษะให้สามารถดูแลช่องปากได้อย่างถูกต้อง

3.3 ส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปาก¹⁶⁻²⁰ พยาบาลต้องติดตามการประเมินการกลืนทุกวันและดูแลการรับประทานอาหารอย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันกันสำลัก ดังนี้ 1) ประเมินการกลืนก่อนเริ่มรับประทานอาหารทางปากทุกครั้ง 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงการพูดคุยซักถามขณะรับประทานอาหาร ต้องมีผู้ดูแลอยู่ช่วยเหลือในขณะรับประทานอาหาร 3) จัดท่าทางศีรษะสูง 90 องศา คอและลำตัวตั้งตรง โนมมาด้านหน้าเล็กน้อย สามารถก้มหน้าคาบชิดคอได้ ป้องกันการเปิดของกล่องเสียงในขณะกลืน เพื่อไม่ให้สำลักอาหารเข้าไปในหลอดลม 4) ประสานนักโภชนาการในการจัดอาหารที่เหมาะสมต่อการกลืนอย่างปลอดภัย โดยเริ่มจาก 4.1) Thick puree – No liquid อาหารหนืดไม่มีน้ำ เช่น โจ๊กข้น มันบด พักทองบด 4.2) Thick and thin puree and thick liquid อาหารหนืดข้น เช่น ไข่ตุ๋น ข้าวปั้นละเอียด 4.3) Mechanical soft–thick liquid อาหารอ่อนเคี้ยวง่าย และน้ำน้อย เช่น ข้าวต้มข้น ปลาเนื้อฝักต้ม 4.4) Mechanical soft diet อาหารอ่อนปกติ เช่น ข้าวสวย เต้าหู้ ต้มจืดง่าย 4.5) Regular diet อาหารปกติ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่แข็งและหยาบ เช่น ของทอดกรอบ ถั่วหรือเมล็ดพืช 5) ป้อนอาหารเข้าปากทางด้านข้างที่กล้ามเนื้อปากไม่อ่อนแรง ก่อนป้อนคำต่อไป ต้องตรวจดูอาหารค้างในปากก่อนทุกครั้ง 6) ไม่เร่งผู้ป่วยเคี้ยวหรือกลืน 7) ขณะกลืนอาหารให้ผู้ป่วยก้มศีรษะคาบชิดคอและเอียงศีรษะหันไปข้างที่กล้ามเนื้ออ่อนเพื่อปิดกล่องเสียงป้องกันอาหารลงไปหลอดลม 7) หลังรับประทานอาหารเสร็จให้นั่งอยู่ท่าเดิมอีก 30 นาที 8) ข้อควรระวังในการให้อาหารทางปากคือ ห้ามให้อาหารหากผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวดี มีเสมหะหรือน้ำลายในช่องปากปริมาณมาก และห้ามให้น้ำท่าศีรษะต่ำกว่า 45 องศา 9) ให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการป้อนอาหารทุกครั้งโดยต้องฝึกทักษะการให้อาหารอย่างปลอดภัยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้เองอย่างถูกต้อง

3.4 ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างปลอดภัยในผู้ที่ใส่สายยางให้อาหาร^{17-18,20} ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถกลืนอาหารได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง อย่างถูกต้องและปลอดภัยดังนี้ 1) เคาะปอด ดูเสมหะ และทำความสะอาดช่องปากก่อนให้อาหารทุกครั้ง 2) เตรียมอาหารปั่นตามแผนการรักษา 3) จัดท่านอนศีรษะสูง 45 – 60 องศา ศีรษะและคอต้องตั้งตรง หรือเอียงหน้าเล็กน้อย 3) ตรวจสอบตำแหน่งสายยางให้อาหารและประเมินอาหารเหลือค้างในกระเพาะก่อนเริ่มให้อาหารทุกครั้ง หากมีอาหารเหลือมากกว่า 250 ซีซี ต้องเลื่อนมื้ออาหาร 1 ชั่วโมงและประเมินซ้ำ หากพบว่าการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง รายงานแพทย์ทันทีเพื่อปรับอาหารที่เหมาะสม 4) ดูแลให้อาหารทางสายยางในอัตราการไหลที่เหมาะสม ไม่ให้อาหารเร็วเกินไปเนื่องจากจะกระตุ้นให้เกิดการขย้อนอาเจียนและสำลักได้ 5) ระวังให้อาหารหากผู้ป่วยมีอาการไอ สำลักหรืออาเจียนต้องหยุดให้อาหารทันทีและดูแลให้นั่งพักในท่าศีรษะสูง 6) หลังให้น้ำและอาหารต้องจัดให้นั่งในท่าศีรษะสูงประมาณ 1 ชั่วโมง ห้ามปรับให้ผู้ป่วยนอนราบหลังอาหารทันที เนื่องจากจะเกิดการขย้อนและสำลักอาหารได้ 7) ระวังให้อาหารและหลังให้อาหาร 1 ชั่วโมง ห้ามเคาะปอด ดูเสมหะ เนื่องจากจะกระตุ้นการไอและสำลัก 8) ฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยางให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลโดยให้มีส่วนร่วมในการให้อาหารทุกครั้งจนกว่าจะสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

3.5 ดูแลทางเดินหายใจในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ^{16,21-23} ต้องประเมินตามความจำเป็น เช่น เมื่อมีเสียงเสมหะครืดคราดหรือผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเสมหะและต้องการให้ดูดออก ภายหลังการเคาะปอด และก่อนการให้อาหาร จุดเน้นสำคัญคือดูแลตามความจำเป็น เพื่อลดการระคายเคืองทางเดินหายใจ การดูแลแต่ละครั้งต้องมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามมาตรฐานดังนี้ 1) ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความกลัวจากการดูดเสมหะ

2) ประเมินอาการและฟังเสียงปอดทุกครั้งก่อนดูดเสมหะ 3) ยึดหลักปราศจากเชื้อ (Sterile technique) 4) ดูดสารคัดหลั่งในช่องปากก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และใช้สายยางคนละเส้นเสมอ 5) ใช้แรงดันที่ต่ำสุด ที่สามารถดูดเสมหะได้ซึ่งควรอยู่ในช่วง 80–120 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ 6) ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนโดยการให้ออกซิเจนเปอร์เซ็นต์สูง (hyper-oxygenation) และการเพิ่มปริมาตรปอด (hyper-inflated lung) กรณีใช้ AMBU ให้ต่อกับบอออกซิเจน 100% ด้วยอัตราการไหล 10–15 มิลลิลิตรต่อนาที 7) ใช้เวลาในการดูดเสมหะไม่เกิน 10–15 วินาที ตั้งแต่เริ่มปลดข้อต่อและใส่สายดูดเสมหะถึงดึงสายดูดเสมหะขึ้นและสิ้นสุดการดูดเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน 8) กรณีที่เสมหะเหนียวข้น หรือแห้งติดเป็นก้อน ไม่แนะนำให้ใช้ NSS หยอดใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการกระตุ้นการไอเพิ่มความเสี่ยงในการสำลัก และเพิ่มโอกาสในการได้รับเชื้อแบคทีเรียลงสู่ปอดมากขึ้น วิธีการทำให้เสมหะอ่อนนุ่มที่เหมาะสมคือ การปรับอุณหภูมิของเครื่องช่วยหายใจให้มีความชื้นในทางเดินหายใจอย่างเพียงพอ (Humidifier) การใช้เครื่องพ่นผ่าน Nebulizer การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ และประสานกับแพทย์เพื่อให้ยาละลายเสมหะที่เหมาะสม 9) การใส่สายดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ลึกมากเกินไปจะกระตุ้นการไอ ควรใส่สายยางถึงทางแยกของแขนงหลอดลม (Carina) แล้วถอยสายออก 1–2 เซนติเมตร ขณะใส่สายไม่ควรแตกสายขึ้นลง ขณะดึงขึ้นควรพลิกไปมาอย่างเบามือและนุ่มนวล ไม่กระชาก และไม่หมุนวนรอบท่อ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บและกระตุ้นการไอ²²

3.6 การจัดทำเพื่อป้องกันการสำลัก^{16,20}

โดยในระหว่างที่ไม่มีการให้อาหารควรจัดทำที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะและส่งเสริมการทำงานของปอดดังนี้ 1) จัดท่าในท่าศีรษะสูง 15–30 องศา 2) ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 4 ชั่วโมง

โดยสลับด้านซ้ายหรือด้านขวา หรือท่านอนหงายเอียงศีรษะเล็กน้อยเพื่อป้องกันการสำลักน้ำลาย

3.7 การบริหารกล้ามเนื้อช่วยกลืน^{16–18}

จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยกลืนป้องกันการสำลักและการเกิดปอดอักเสบได้ในระยะยาว โดยมี 2 ส่วนที่สำคัญคือ 1) การดูแลให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากโดยนักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) 2) การบริหารออกกำลังกล้ามเนื้อปากและลิ้นที่พยาบาลและผู้ดูแลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำได้ด้วยตัวเอง 2.1) การห่อปากและอ้าปาก – ปิดปากสลับกัน 2.2) เม้มปากและห่อกระพุ้งแก้ม 2.3) ทำปากจู๋ ฉีกยิ้ม 2.4) ออกเสียง อา อี อุ ปา บี ปู คา ลา 2.5) แลบลิ้นและกระดกลิ้น 2.6) ตวัดลิ้นซ้าย-ขวา 2.7) ฝึกใช้ลิ้นดันกระพุ้งแก้มซ้าย-ขวา

4.การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดูแลป้องกันปอดอักเสบต่อเนื่องที่บ้าน^{17–18,24} ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นับเป็นช่วงเวลาที่สร้างความวิตกกังวลให้กับทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมเพื่อวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแล และนำผู้ป่วยกลับสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและผู้ป่วยดังนี้ 1) ค้นหาผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโดยเร็วและให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน ประเมินความพร้อมและความต้องการการดูแลช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) ประสานทีมสุขภาพเพื่อร่วมกันให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแล มุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจะต้องยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพื่อวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกัน ทั้งในด้านการดำเนินของโรค แนวทางการรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 3) ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ

ผู้ดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก ได้แก่ การประเมินอาการกลืนลำบาก การสังเกตอาการปอดอักเสบ การประเมินการกลืน การดูแลความสะอาดในช่องปาก การให้อาหารทางปาก การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะในปากและทางท่อเจาะคอ การจัดทำ และการบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอนให้เข้าใจ ส่งเสริมให้ลงมือปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ข้อเสนอแนะเชิงบวก และส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

4) การให้ข้อมูลและแนวทางในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแล เช่น การปรับตัวต่อบทบาทผู้ดูแล การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพ และการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการดูแลผู้ป่วย

5) แนะนำแหล่งข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมสามารถขอคำปรึกษาในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อทบทวนทักษะระบุนหน่วยงานหรือบุคลากรที่สามารถให้ข้อมูลและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อรับคำปรึกษา

6) พยาบาลการติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามสภาพผู้ป่วย พูดคุย สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล

7) การประสานระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อบูรณาการการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือกับโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society. 2022;17(1), 18–29.

บทสรุป

ภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Associated Pneumonia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตไม่ดี จนเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิต ซึ่งจากการทบทวนองค์ความรู้จากการงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปอดอักเสบในโรคหลอดเลือดสมอง บูรณาการกับความรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สะท้อนให้เห็นว่า หัวใจสำคัญของการป้องกันการเกิดปอดอักเสบคือการค้นหาค่าความเสี่ยงได้เร็วที่สุด (Early detection) เพื่อนำไปสู่การให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ดังนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างใกล้ชิดในทุกๆ ระยะ จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบ การคัดกรองภาวะกลืนลำบาก และประเมินความสามารถในการกลืนอย่างมีมาตรฐานและปลอดภัย ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันเกิดปอดอักเสบ และการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บทความนี้จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน สูการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

2. กองโรคไม่ติดต่อ.รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2565. [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
3. Banda, K.J.; Chu, H.; Kang, X.L.; Liu, D.; Pien, L.-C.; Jen, H.-J.; Hsiao, S.-T.S.; Chou, K.-R. Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: A meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2022;22,420–441.
4. Grossmann, I., Rodriguez, K., Soni, M., Joshi, P. K., Patel, S. C et al., Stroke and Pneumonia: Mechanisms, Risk Factors, Management, and Prevention. *Cureus.* 2021; 13(11), e19912.
5. Akimoto, T., Hara, M., Ishihara, M., Ogawa, K., & Nakajima, H. Post-Stroke Pneumonia in Real-World Practice: Background, Microbiological Examination, and Treatment. *Neurology international.* 2023;15(1), 69–77.
6. Somgit W, Srisawas P, Phuthikhamin N. .Factors Predicting Pneumonia in Stroke Patients: A Systematic Review. *Royal Thai Navy Medical Journal.* 2021; 48(3),742–758.
7. Eltringham, S. A., Kilner, K., Gee, M., Sage, K., Bray, B. D., Smith, C. J., & Pownall, S. Factors Associated with Risk of Stroke-Associated Pneumonia in Patients with Dysphagia: A Systematic Review. *Dysphagia.* 2020;35(5), 735–744.
8. You, Q., Bai, D., Wu, C., Wang, H., Chen, X., Gao, J., & Hou, Risk factors for pulmonary infection in elderly patients with acute stroke: A meta-analysis. *Heliyon.* 2022; 8(11),1166–1181.
9. Rabaut, J., Thirugnanachandran, T., Singhal, S., Martin, J., lievliev, S., Ma, H., & Phan, T. G. Clinical Outcomes and Patient Safety of Nasogastric Tube in Acute Stroke Patients. *Dysphagia .* 2022;37(6), 1732–1739.
10. Xu, C. Y., Ye, H. W., Chen, B., Wu, Y. F., Cao, Z., Ding, Z., Yao, Y. P., Gao, Y., Li, J., Zhu, J. J., & He, S. Analysis of risk factors and prognosis of post-stroke pulmonary infection in integrated ICU. *European review for medical and pharmacological sciences.* 2021;25(2), 856–865.
11. Barlas RS, Clark AB, Bettencourt-Silva JH, Sawanyawisuth K, Kongbunkiat K, Kasemsap N, Tiamkao S, Myint PK. Pneumonia and Risk of Serious Adverse Outcomes in Hospitalized Strokes in Thailand. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2019 Jun;28(6):1448–1454.
12. de Jonge, J. C., van de Beek, D., Lyden, P., Brady, M. C., Bath, P. M., & van der Worp, H. B. Temporal Profile of Pneumonia After Stroke. *Stroke .*2022; 53(1), 53–60.
13. Teh, W. H., Smith, C. J., Barlas, R. S., Wood, A. D., Bettencourt-Silva, J. H., Clark, A. B., et al. Impact of stroke-associated pneumonia on mortality, length of hospitalization, and functional outcome. *Acta neurologicaScandinavica.* 2018;138(4), 293–300.
14. Westendorp WF, Vermeij JD, Hilken NA, et al. Development and internal validation of a prediction rule for post-stroke infection and post-stroke pneumonia in acute stroke patients. *Eur Stroke J.* 2018;3(2):136–144.

15. Wästfelt M, Cao Y, Ström JO. Predictors of post-stroke fever and infections: a systematic review and meta-analysis. BMC Neurol. 2018;18(1):49.
16. Liu ZY, Wei L, Ye RC, Chen J, Nie D, Zhang G, Zhang XP. Reducing the incidence of stroke-associated pneumonia: an evidence-based practice. BMC Neurol. 2022; 11;22(1):297.
17. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก (Clinical practice guidelines : dysphagia). นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์แอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2562. หน้า 16-55.
18. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2559. หน้า 15-36.
19. อุไร คำมาก, สุกัญญา ทองบุผา, ยุวดี บุตรเอก, ปราณปรียา อุทัย, กนิษฐา สุวรรณรัตน์, ดวงกมล เคนตุ้. การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบ: หลักฐานเชิงประจักษ์.วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2564; 7: 46-56.
20. กาญจนา บัวเนียม.ผลของการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะกลืนลำบาก ต่อการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพัทลุง.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2564; 3: 75-87.
21. สุรศักดิ์ พุฒิวนิชย์,นภาพร พุฒิวนิชย์,จันทนา เกลี้ยงพร้อม.หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 27: 10-18.
22. ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, นปภัช ทองคำวงศ์, ประพันธ์ เพชรเลิศศิริกุล.แนวทางการดูแลในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ.2563; 27: 145-156.
23. ชไมพร จินต์คณาพันธ์, วรินทร์ จันทรมณี, ปภาสิณี แซ่ดี. ความท้าทายของพยาบาลในการลดความทุกข์ทรมานจากการดูแลในผู้ป่วยผู้ใหญ่ใส่ท่อช่วยหายใจ.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.2562; 22: 66-77.
24. นันทกาญจน์ ปักซี่, ทิฏฐิ ศรีวิสัย, เสน่ห์ ขุนแก้ว.การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์.2564; 13: 47-61.